CHAPITRE 14 : APPAREIL GÉNITAL FÉMININ, OBSTÉTRIQUE

- La consultation de gynéco-obstétrique concerne l'intimité des femmes, imposant l'instauration d'un climat de confiance. Il faut expliquer le geste, les objectifs et modalités de l'examen et **recueillir le consentement.**
- « *Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique » par le CNGOF*.
  - Ce n'est pas une consultation comme les autres, car elle touche à l'intimité.
  - La consultation est conduite avec bienveillance et respect.
  - L'examen clinique n'est pas systématique (par exemple 1re consultation pour contraception si pas de symptôme).
  - L'examen clinique est précédé d'une explication.
  - L'examen fournit des renseignements que l'imagerie ne peut pas fournir.
  - L'accord oral de la patiente est recueilli avant tout examen clinique.
  - La pudeur doit être respectée. La femme doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards.
  - La personne examinée peut être assistée de l'accompagnant de son choix.
  - L'examen peut comporter : palpation des seins, abdominale, toucher vaginal (avec gants ou doigtier), l'usage d'un spéculum ou d'une sonde endovaginale, parfois le toucher rectal.
  - L'examen doit pouvoir être interrompu dès que la patiente le souhaite.
  - Un étudiant est susceptible d'assister à la consultation. Le consentement de la patiente est à recueillir.
  - Cette charte s'applique également à toutes les explorations d'imagerie gynécologiques.

RAPPELS PHYSIOLOGIQUES	Rappels	- **Cycle menstruel** : ensemble des modifications physiologiques visant à préparer l'organisme de la femme à une **éventuelle fécondation**. Durée habituelle : 28 jours. Cette durée varie d'une femme à l'autre et chez une même femme au cours du temps. Le cycle menstruel débute avec les premières règles, à la puberté, et se termine à la ménopause (vers 50 ans généralement). Les cycles ne s'interrompent qu'au cours des grossesses. **Le début du cycle menstruel correspond au premier jour des règles.** - **Puberté** : Début de l'activité génitale. Elle est marquée par l'apparition des ménarches (premières règles). En moyenne vers l'âge de 12 ans en France. (<8 ans : précoce ; >13 ans : retardée). La puberté s'associe aux développements des caractères sexuels secondaires. - **Ménopause** : Disparition des règles. Aménorrhée. Elle correspond à la fin de la période d'activité génitale de la femme. Elle survient habituellement vers l'âge de **50 ans** et correspond à l'épuisement du stock ovarien d'ovocytes. L'arrêt du fonctionnement hormonal des ovaires peut entrainer des bouffées de chaleur (Sdd 24). - **Insuffisance ovarienne précoce :** ménopause avant 40 ans.
ENTRETIEN	Antécédents	- **Antécédents gynécologiques** : âge des premières règles, durée des cycles et des règles, abondance des règles, signes de syndrome prémenstruel (Sdd 99), date des dernières règles, âge du premier rapport sexuel, type de contraception et sa tolérance, âge de ménopause, traitement hormonal substitutif, antécédents chirurgicaux. - **Antécédents obstétricaux** : gestité/parité, déroulement des grossesses de l'accouchement et du post-partum, terme et poids de naissance des enfants, mode d'accouchement (voie basse spontanée/ instrumental/césarienne), lésion périnéale. - **Antécédents familiaux** : Rechercher des facteurs de risque néoplasique ou thromboembolique. Antécédents de cancer gynécologique ou digestif. Antécédents de maladie thromboembolique (artérielle ou veineuse) à prendre en compte pour la contraception.
	Signes fonctionnels	- Ils peuvent correspondre à : anomalies de cycle (Sdd 94), saignement, leucorrhées (Sdd 104), algies, dyspareunies, pathologies mammaires, pathologie de la grossesse et infertilité. Il faut préciser leur ancienneté, le mode d'installation (aigu, progressif…). - En cas de douleurs, préciser : siège, irradiations, type, intensité, rythme, facteurs aggravants, évolution, caractère cyclique. - Recherche les signes d'accompagnement (asthénie, anorexie, amaigrissement).
EXAMEN PHYSIQUE	Examen général	Il doit comprendre : - Poids, taille. - Pression artérielle, fréquence cardiaque, température. - Développement pubertaire, pilosité, hyperandrogénie (acné, hirsutisme, Sdd 78 et 79). - Palpation des aires ganglionnaires systématique si suspicion infectieuse ou tumorale (Sdd 16).
	Examen de l'abdomen	- La patiente doit être en décubitus dorsal, jambes allongées puis demi-fléchies. • *Inspection* : distension abdominale, cicatrice, hernie, éventration. • *Palpation* : les 9 cadrans, hépatomégalie, splénomégalie, masse abdominale, défense, contracture, orifices herniaires. • *Percussion* : globe vésical (matité sus-pubienne), ascite (matité déclive).

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td>Inspection vulvaire et périnéale</td><td colspan="2">- Inspection, à la recherche de lésions vulvaires, périnéales ou anales. Recherche de cicatrice (épisiotomie).
- Signes d'imprégnation hormonale : trophicité des grandes lèvres et du clitoris (dépends des androgènes) et des petites lèvres (dépend des œstrogènes).
- Hymen : imperforé, cribriforme (plusieurs petites perforations), annulaire… Présence de bride hyménale.
- Écoulement au niveau des glandes de Skene ou de Bartholin, plus ou moins provoqué par la palpation. Leucorrhées.
- Recherche d'ectoparasites sur le mont de Vénus.
- Prolapsus (Sdd 107), incontinence urinaire d'effort (Sdd 103) (en faisant pousser/tousser la patiente).</td></tr>
<tr><td>Examen au spéculum</td><td colspan="2">- L'examen au spéculum permet l'<u>inspection</u> du col, de la glaire cervicale (abondante, filante et translucide normalement), de la muqueuse vaginale (au retrait), et la réalisation de <u>prélèvements</u> cytologiques (frottis cervico-vaginal) et microbiologiques.
- La taille du spéculum est à adapter à la morphologie. Chez la femme vierge, il faut éviter l'examen au spéculum et privilégier l'échographie. Si nécessaire, il faut utiliser un spéculum de vierge. Chez la petite fille, il faut utiliser un hystéroscope/vaginoscope.
- L'examen cherche : hémorragie et son origine (utérus/vagin), leucorrhées (Sdd 104) et origine, lésions des muqueuses vaginales (inflammation, plaie, tumeur…), anomalie du col (infection, tumeur, polype accouché par le col (polype utérin qui sort du col).
- Utilisation du spéculum :
• Lubrifier le spéculum avec eau/sérum physiologique (PAS de corps gras),
• Écarter les grandes lèvres,
• Introduction du spéculum en bas et en arrière, « valves verticales », prudente et douce,
• Rotation de 90° dans le vagin afin de ramener les valves à l'horizontale avant de les écarter,
• Examiner le col en premier. L'examen des parois du vagin se fait en retirant le spéculum. Celui-ci reste semi-ouvert pour ne pas pincer les parois.
• Puis rotation à 90° ramenant les valves à la verticale et une fermeture progressive du spéculum permettent son retrait.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Toucher pelvien</td><td>Toucher vaginal (TV)</td><td>- Doit être évité chez la femme vierge.
- Il se fait habituellement après l'examen au spéculum. Il est réalisé avec des gants/doigtier à usage unique. La patiente est en décubitus dorsal, vessie vide, sauf lors de l'exploration d'un prolapsus ou d'une incontinence urinaire (Sdd 107 et 103).
- <u>Geste</u> :
• D'une main, écarter les lèvres.
• Introduire doucement deux doigts (index et médius) alignés verticalement, lubrifiés au sérum physiologique, en s'appuyant sur la fourchette vulvaire.
• Orienter les doigts en bas et en arrière (45° environ) en direction du sacrum, puis horizontalement.
• Le TV est associé à la palpation abdominale (la main abdominale ramenant les organes pelviens vers les doigts vaginaux).
- Cet examen permet de :
• Mettre en évidence : douleur, masse de la paroi vaginale (Sdd 106).
• Examiner le col : mobilité, longueur, orientation, consistance, ouverture :
○ Long chez la nullipare.
○ Postérieur (dans 75 % des cas) ou rétrosymphysaire si patiente avec utérus rétroversé.
○ Ferme (consistance de « bout du nez ») et fermé (consistance plus molle durant la grossesse).
○ La description de la position et de la consistance du col chez la femme enceinte permet de rechercher des signes de travail. Elle n'a aucun intérêt en dehors de la grossesse.
- Examiner le corps utérin : position (antéversée le plus fréquent), dimension, consistance, mobilité, sensibilité.
- Examiner les annexes : palpation à travers les culs-de-sac vaginaux latéraux, rechercher une douleur provoquée ou une masse ovarienne.
- Faire la différence entre une masse utérine (solidaire des mouvements donnés à l'utérus) ou annexielle (non solidaire).</td></tr>
<tr><td>Toucher rectal</td><td>Ne doit pas être systématique. Il permet d'explorer certaines pathologies comme l'endométriose ou un prolapsus (Sdd 106).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">SYMPTÔMES GYNÉCOLOGIQUES</td><td>Examen sénologique</td><td colspan="2">- Le sein est divisé en plusieurs segments :
• 4 quadrants (supéro-externe, inféro-externe, supéro-interne, inféro-interne).
• Prolongement axillaire du quadrant supéro-externe.
• Aréole.
• Mamelon.
- L'examen sénologique doit être bilatéral et comparatif. Il comprend :
• <u>Inspection</u> : rechercher une inflammation (localisée ou diffuse), asymétrie mammaire, voussure, ride, rétractation mamelonnaire (réductible ou non), aspect anormal de la peau.
• <u>Palpation</u> : La patiente doit être en décubitus dorsal. Palper le sein en faisant rouler la glande sur le grill costal.
- Elle vise à rechercher une masse (quadrant par quadrant) (Sdd 164), un écoulement (hémorragique, purulent, galactorrhée) uni ou multiporique (Sdd40), une adénopathie (axillaire, sus-claviculaire) (Sdd 16).
- En cas de découverte de masse (Sdd 164), il faut préciser :
• Siège (schéma).
• Taille et forme.
• Consistance.
• Sensibilité.
• Caractère adhérent : à la peau, au muscle pectoral.
- <u>Remarques chez l'homme</u> : Le cancer du sein peut être diagnostiqué chez l'homme (lésion rétro-aréolaire). La gynécomastie (Sdd41) est une hypertrophie non tumorale des seins. Elle est physiologique chez le nouveau-né et l'adolescent, mais est pathologique chez l'adulte (maladie ou iatrogénie).</td></tr>
<tr><td>Algies pelviennes (Sdd 99)</td><td colspan="2">= Douleurs pelviennes, pouvant être gynécologiques, digestives, urologiques, rhumatologiques.
Algies pelviennes <u>chroniques</u> : à partir de 6 mois d'évolution.</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Cas particulier des algies pelviennes cycliques</td><td>1. <u>Le syndrome pré-menstruel</u> :
- Définition : ensemble des symptômes apparaissant au cours de la semaine qui précède les règles, et qui disparait la veille des menstruations ou au 1er jour de celles-ci.
- Il est d'intensité variable selon les femmes et associe : augmentation du volume mammaire, mastodynies (douleurs des seins), pesanteur pelvienne, et parfois : œdème généralisé, irritabilité, migraines cataméniales.
2. <u>Le syndrome inter-menstruel</u> :
- Définition : douleur pelvienne cyclique, brève (quelques heures), qui survient qui survient au milieu du cycle vers le 14e jour.
- Il peut parfois être accompagné de saignements gynécologiques en dehors des règles (métrorragies) peu abondantes, souvent limitées à quelques gouttes.
- Il traduit, de façon anormalement marquée, la ponte ovulaire (avec hémorragie liée à la chute des œstrogènes à l'ovulation).</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Cas particulier des dysménorrhées</td><td><u>Définition</u> : règles douloureuses (synonyme : algoménorrhées). Douleurs pelviennes avec parfois irradiation vers les lombes et le périnée.
- Elles peuvent être :
• Prémenstruelles : surviennent dans les heures qui précèdent les règles et disparaissent dès les pertes sanguines significatives.
• Protoméniales : douleur dès le début des règles.
• Téléméniales : douleur pendant la seconde partie des règles.
- Il faut distinguer :
• Dysménorrhées <u>primaires</u> (ou essentielles) : absence de support organique. Elles concernent l'adolescente et s'atténuent après la première grossesse. Il s'agit d'une ischémie utérine secondaire aux contractions myométriales (favorisées par les prostaglandines).
• Dysménorrhées <u>secondaires</u> : liées à une affection organique sous-jacente (une endométriose par exemple).</td></tr>
</table>

	Anomalies du cycle menstruel (Sdd 94)	- Définitions : • **Aménorrhée** : absence de règle. • **Spanioménorrhée** : règles de volume normal, mais très espacées (tous les 45 jours ou plus). • **Pollakiménorrhée** : cycles courts de moins de 21 jours. • **Ménorragies** : règles abondantes du fait de leur volume, de leur durée ou des deux. • **Métrorragies :** saignement génital d'origine utérine qui survient entre les règles (ou en l'absence de règle : pendant la grossesse, après la ménopause) (Sdd 112). • **Hyperménorrhées** : règles de durée › 7 jours. • **Polyménorrhée** : règles trop abondantes en volume (plus de 7 changes par jour ; Score dit de Higham qui permet d'évaluer ces troubles). • **Hyperpolyménorrhée** : règles de durée › 7 jours et de quantité trop abondante. - ***Aménorrhée*** : • L'aménorrhée est physiologique avant la puberté. La fin de la vie génitale correspond à la ménopause, qui est une aménorrhée secondaire physiologique. • L'aménorrhée peut être : ○ **Primaire** (absence de ménarches chez une femme âgée de 16 ans). ○ **Secondaire** (absence de règles depuis plus de trois mois chez une femme antérieurement réglée). Beaucoup plus fréquente que l'aménorrhée primaire. Les deux premières causes sont **la grossesse et la ménopause**, mais de nombreuses autres causes sont à envisager selon les circonstances.
	Hémorragie génitale	- Devant une hémorragie génitale, l'examen clinique doit : • Évaluer sa **gravité**. • Affirmer son **origine** : vulvaire, vaginale, cervicale, utérine (ménorragie, métrorragie). • Distinguer s'il s'agit d'une **ménorragie** ou d'une **métrorragie**. - **Métrorragies :** hémorragies génitales d'origine utérine survenant entre les règles. Elles peuvent être fonctionnelles (en rapport avec une insuffisance lutéale), ou d'origine organique. On distingue les métrorragies spontanées et provoquées. - **Ménorragies :** Les règles sont prolongées ou les pertes atteignent au moins 80 ml. Il y a un risque d'anémie ferriprive. Les ménorragies peuvent être d'origine fonctionnelle (déséquilibre hormonal) ou organique. - En période d'activité génitale, il faut vérifier la présence ou l'absence de **grossesse,** car la démarche diagnostique sera différente.
	Leucorrhées	= Écoulement **non sanglant** provenant de l'appareil génital. - *Leucorrhées physiologiques* : en lien avec la desquamation vaginale et la sécrétion de glaire cervicale. **Pas de signe fonctionnel** (prurit, brulures…) ni d'irritation génitale. Elles ne sont pas malodorantes et ne sont pas purulentes (= elles ne contiennent pas de polynucléaires). - *Leucorrhées pathologiques* : peuvent être le signe d'une **infection génitale** qui peut concerner le bas appareil (vagin, col, endocol), ou le haut appareil (endométrite, salpingite).
	Tuméfaction pelvienne	- Différentes circonstances de découverte : par la patiente, au cours d'un examen gynécologique, ou d'explorations complémentaires (échographie pelvienne…) - Il faut en priorité éliminer un **cancer de l'ovaire** (++ chez la femme ménopausée). - Il faut, au moindre doute, éliminer une **grossesse**, en prescrivant un dosage sanguin des HCG complété d'une échographie pelvienne.
	Infertilité du couple - Définitions	- **Fertilité** : Aptitude pour une femme (ou un homme, ou le couple) à concevoir un enfant. La femme est fertile en période péri-ovulatoire, soit environ 7 jours par cycle. La fertilité diminue avec l'âge. - **Fécondité** : Terme démographique désignant le nombre d'enfant mis au monde. Taux de fécondité : nombre d'enfants vivants mis au monde au cours de l'année chez les femmes d'un âge donné. - **Fécondabilité** : Probabilité d'obtenir une grossesse au cours d'un cycle menstruel. Elle diminue avec l'âge maternel, de 25 % à l'âge de 25 ans, elle passe à 15 % à 35 ans, et 6 % à 42 ans. - **Infécondité** : Fait pour un couple de ne pas avoir procréé, que ce soit volontaire ou non. - **Infertilité** : Incapacité à procréer qui peut être : • ***Primaire*** : absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels non protégés chez une femme qui n'a jamais eu de grossesse • ***Secondaire*** : absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels non protégés chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesses - **Stérilité** : C'est une infertilité définitive, c'est-à-dire l'impossibilité définitive pour un couple d'avoir un enfant.

<table>
<tr><td rowspan="1"></td><td>Troubles sexuels (Sdd 63)</td><td>- <u>Dyspareunie</u> (Sdd 99) : douleur pelvienne lors des rapports sexuels.
• On différencie les dyspareunies :
○ Organiques : liées à une anomalie ou pathologie sous -jacente.
○ Fonctionnelles. Diverses causes : syndrome dépressif, traumatisme (agression sexuelle, choc psychologique), difficultés de couple, éducation sexuelle insuffisante ou culpabilisante, diverses peurs (grossesse non désirée, IST)…
• Caractéristiques liées au siège :
○ Superficielle : surviennent en début de pénétration.
○ De présence : atrophie vaginale post-ménopausique par exemple.
○ Profonde (synonyme de dyspareunie de choc ou balistique) : surviennent en fin de pénétration, sont de cause en générale organique (lors d’un cancer du col ou d’une endométriose par exemple).
- <u>Apareunie</u> : impossibilité d’avoir des rapports sexuels, du fait d’anomalies congénitales (syndrome de Rokitansky) parfois génétiques (testicule féminisant…) entrainant l’absence de vagin.

- <u>Autres troubles sexuels</u> :
• L’anaphrodisie est l’absence de désir :
○ Primaire : l’absence de désir existe depuis toujours.
○ Secondaire : apparait après une période où le désir existait.
• La frigidité : absence de plaisir lors des relations sexuelles.
• L’anorgasmie : souffrance exprimée par la femme devant l’absence d’atteinte de l’orgasme.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">SÉMIOLOGIE MAMMAIRE</td><td>Mastodynies</td><td>- La pathologie mammaire s’exprime principalement par la mastose fibrokystique, les lésions tumorales (bénignes ou malignes), les infections (abcès) et les complications de l’allaitement.
- Devant des mastodynies, il faut préciser :
• Leur <u>ancienneté</u>.
• Leur caractère <u>uni ou bilatéral</u>.
• Le caractère <u>diffus</u> à l’ensemble de la glande ou <u>localisé</u>.
• Le caractère <u>rythmé ou non par le cycle</u> menstruel.
- Étiologies possibles : syndrome prémenstruel, iatrogènes (liées à une contraception...)</td></tr>
<tr><td>Écoulement mamelonnaire (Sdd 40)</td><td>- Devant un écoulement mamelonnaire, il faut préciser :
• Son caractère <u>uni ou bilatéral</u>.
• Son caractère <u>uni ou multiporique</u>.
• Son <u>aspect</u> : hémorragique, lactescent…
• Recherche d’une tumeur, palpation des <u>aires ganglionnaires</u> axillaires ; recherche d’une inflammation ou d’un abcès (allaitement), recherche de signes généraux (fièvre, AEG).
- Principales étiologies d’écoulement mamelonnaire :
• Tumeurs du sein (bénignes ou malignes).
• Infections (l’écoulement est alors purulent).</td></tr>
<tr><td>SÉMIOLOGIE DE LA GROSSESSE</td><td>Diagnostic d’une grossesse</td><td>- Le diagnostic est en règle générale clinique, basé sur l’association :
• D’un retard de règles, en l’absence de contraception.
• Des signes « sympathiques » de grossesse.
• D’une augmentation du volume mammaire avec un bombement de l’aréole.
• D’une augmentation du volume de l’utérus et d’un ramollissement du col (si toucher vaginal réalisé).
- La grossesse est confirmée biologiquement par le dosage des HCG. (L’échographie peut être utile, mais n’a pas à être réalisé avant la fin du 1er trimestre).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td>Datation d'une grossesse</td><td colspan="2">- La <u>datation</u> de grossesse est une étape primordiale. Elle permet le calcul de l'<u>âge gestationnel</u>, sur lequel reposeront tous les diagnostics d'anomalie de la grossesse ou du développement fœtal (prématurité, retard de croissance intra-utérin…).
- L'âge gestationnel est aussi nécessaire pour déclarer la grossesse aux organismes sociaux et définir la date du congé maternité.
- La grossesse dure <u>9 mois</u>, ce qui équivaut à <u>41 SA</u>.
- L'âge gestationnel s'exprime en semaines d'aménorrhée (SA) (en anglais : WG weeks of gestation).
- SA : nombre de semaines depuis le 1er jour des dernières règles.
- <u>Date du début de grossesse</u> : date théorique de l'ovulation, donc au 14e jour du cycle (lorsque le cycle est régulier).
- Par convention : quand on parle de semaines, il s'agit de semaines d'aménorrhée (et en mois : mois à partir de l'ovulation).
- <u>Méthodes de datation d'une grossesse</u> :
• <u>À partir du 1er jour des dernières règles</u> :
○ Terme théorique = date du 1er jour des dernières règles + 14 jours (date de la fécondation) + 9 mois, soit 41 semaines d'aménorrhée.
• <u>Datation échographique</u> : moyen le plus fiable et utilisé en pratique.
○ Au 1er trimestre, mesure de la longueur crânio-caudale de l'embryon, permettant de déduire l'âge gestationnel (la croissance durant le 1er trimestre est la même pour tous les embryons). La mesure se fait entre 11 et 13 semaines + 6 jours d'aménorrhée.
○ Permet d'estimer l'âge gestationnel à +/- 5 jours.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">La grossesse « normale »</td><td>Modifications hormonales de la grossesse</td><td>- L'hormone chorionique gonadotrope (HCG) est la principale hormone de la grossesse. Elle est sécrétée par le trophoblaste en début de grossesse, puis par le placenta. Elle stimule la sécrétion des hormones nécessaires à la grossesse :
• La progestérone, sécrétée initialement par le <u>corps jaune</u>, puis par le <u>placenta</u>. Son rôle est de diminuer le tonus utérin et d'inhiber la lactation avant la naissance.
• Les œstrogènes, sécrétés par la mère et les glandes surrénales du fœtus. Leur rôle est la prolifération et le maintien de l'endomètre.
- Les tests de grossesse reposent sur le dosage de l'HCG. L'HCG est détectable dès le 9e jour de grossesse, et augmente très rapidement durant le 1er trimestre.
- Il existe deux types de tests de grossesse :
• Urinaires : tests colorimétriques utilisant des anticorps monoclonaux dirigés contre l'HCG.
• Plasmatiques : détectant la présence d'HCG dans le sang (test qualitatif) et permettant de la doser (test quantitatif, seuil de positivité habituellement à 5 UI/L).</td></tr>
<tr><td>Définitions</td><td>- <u>Durée de la grossesse</u> : 41 semaines d'aménorrhée (SA).
- <u>Prématurité</u> : naissance avant 37 SA.
- <u>Terme dépassé</u> : naissance après 42 SA.
- <u>Gestité</u> : nombre total de grossesse qu'a eu une femme, en incluant la grossesse en cours, ainsi que les éventuelles grossesses non menées à terme (fausse couche précoce ou tardive, mort fœtale in utero, interruption volontaire ou médicale de grossesse). Une femme est dite « nulligeste » si elle n'a jamais été enceinte.
- <u>Parité</u> : nombre de naissances de fœtus de poids › 500 g ou à un terme › 22 semaines d'aménorrhée (SA).
• Exemples :
*G1P1 : 1 grossesse et 1 naissance.
*G1P0 : 1 grossesse avec avortement.
*G2P2 : 1 grossesse avortée puis 1 grossesse avec naissance de jumeaux.
- <u>Parturiente</u> : femme en travail.
- <u>Travail</u> : ensemble des phénomènes qui aboutit à l'expulsion du fœtus : contractions douloureuses et régulières, dilatation du col de l'utérus.
- <u>Présentation</u> : c'est la première partie du corps du fœtus à s'engager dans la cavité pelvienne.</td></tr>
</table>

		Modifications cliniques physiologiques liées à l'activité hormonale	**- Aménorrhée secondaire + signes « sympathiques » de grossesse** (liés à l'hyperstimulation du système nerveux sympathique). - Les signes sympathiques de grossesse : nausées, vomissements, tension mammaire, baisse d'appétit, irritabilité, somnolence… • La température : Plus élevée en début de grossesse (un peu au-dessus de 37 °C), puis diminution durant les 2e et 3e semestres. • Prise de poids physiologique liée au poids du fœtus, au liquide amniotique, au placenta, à l'hypervolémie et à une accumulation de graisse. ○ **En moyenne : 9-12 kg**. Prise de **1 kg/mois les 6 premiers mois, puis 2 kg/**mois jusqu'à accouchement. Très variable. • État général et signes fonctionnels : troubles du sommeil, de l'humeur, de l'appétit, nausées/vomissements au cours du 1er trimestre. Et reflux gastro-œsophagien. • Modifications cardiaques et hémodynamiques : **augmentation de la volémie et du débit cardiaque** (liée à sécrétion des œstrogènes et des minéralocorticoïdes). La progestérone est responsable d'une **vasodilatation** artérielle. • Clinique : ○ FC augmentée de 10 à 15 pulsations/min par rapport à avant la grossesse. ○ La pression artérielle diminue de 25 % sur les 2 premiers trimestres, puis augmente jusqu'aux valeurs d'avant grossesse le 7e mois. **- La veine cave inférieure est comprimée** par l'utérus, diminuant le retour veineux. Le **décubitus latéral gauche** permet de libérer la veine cave inférieure de cette compression (à faire en cas d'hypotension, de malaise, ou d'indication à la PLS) • Modifications respiratoires : augmentation de la **fréquence respiratoire** (liée à l'augmentation des besoins en oxygène/utérus et placenta). **Syndrome restrictif**. **Dyspnée** chez près de 50 % des femmes enceintes. • La peau : ○ Pigmentation cutanée (plus de 75 % des femmes) : pigmentation du visage (mélasma ou masque de grossesse), pigmentation mamelonnaire, pigmentation au niveau abdominal de la ligne blanche réalisant la linea nigra ; ○ Ongles brillants, cassants, ralentissement de la chute des cheveux… ○ Télangiectasies et angiomes stellaires (qui s'atténueront ou disparaitront après la grossesse). ○ Naevus (grains de beauté) : apparition ou modification de naevus préexistants. ○ Vergetures. ○ Œdèmes des membres inférieurs, varices. ○ Érythème palmaire. ○ Hypersudation. → Ces modifications **régressent après l'accouchement** (sauf les vergetures). *DEFINITIONS :* - Perception des mouvements actifs fœtaux **(MAF) : vers 20 SA**, s'il s'agit d'une 1re grossesse. Peut-être plus précoce de 2 à 3 semaines chez la multipare. - Les **contractions** : elles sont perçues comme un durcissement de l'utérus, parfois douloureux. - **Travail** : **Contractions douloureuses** – **rapprochées** – **régulières** + **Modification du col.** - **Pollakiurie** : augmentation de la fréquence des mictions (liée à la compression de la vessie par l'utérus). - **Leucorrhée** : écoulement vaginal non sanglant (fréquent au cours de la grossesse) - **Métrorragies** : hémorragie génitale d'origine utérine survenant en dehors des règles. Attention à ne pas banaliser → exploration systématique ! - **Reflux gastro-œsophagien** : avec ou sans pyrosis. (lié au relâchement sphincter inférieur de l'œsophage et compression estomac par utérus) - **Effets psychiques** de la grossesse : 10 % des femmes font un syndrome dépressif en post-partum (« post-partum blues »), habituellement spontanément réversible.

		Examen physique	- Mesure des **signes vitaux** : température, fréquence cardiaque, pression artérielle, poids. - Recherche d'**œdèmes**, de **céphalées**, d'**acouphènes**, de **douleurs épigastriques en barre**, pouvant rentrer dans le cadre d'une **pré-éclampsie** (Sdd 4). - Examen mammaire : augmentation du **volume** et élargissement de l'**aréole** ; **hyperpigmentation** du mamelon et de l'aréole ; sécrétion de **colostrum** (1er lait) possible dès la fin du 1er trimestre - **Hauteur utérine (HU)** : La mesure est systématique à partir du 2e trimestre. Bon marqueur du bon déroulement de la grossesse. - Technique : à l'aide d'un mètre-ruban, mesure de la distance entre bord supérieur pubis et sommet utérin. - La valeur normale : • 4-7e mois : HU = mois * 4 • 8e et 9e mois : mois * 4 – 2 cm - Palpation abdominale : • Préciser la **présentation (céphalique, siège, transverse)** à partir de la 28e SA. ○ À la palpation, le dos du fœtus est arrondi, lisse et dure. Les membres sont irréguliers. ○ En cas de présentation céphalique, on palpe les fesses du fœtus, dures et irrégulières, dans le fond utérin. En cas de présentation par le siège, la tête, dure et lisse, est palpée dans le fond utérin. • Examen au spéculum et toucher vaginal : ○ Le col est violacé, légèrement ramolli. La glaire est épaisse. ○ Le col est habituellement **long (2 à 3 cm), postérieur et fermé chez la nullipare**. Chez la multipare, il admet l'extrémité d'un doigt dans l'orifice externe. ○ **Lors du travail, le col se raccourcit, se centre, se ramollit et s'ouvre**. ○ Possibles kystes ovariens fonctionnels en début de grossesse.